

**CASO CLÍNICO: PROCESO  
ENFERMERO EN EL BLOQUE  
QUIRÚRGICO A UN PACIENTE  
OPERADO DE PRÓTESIS DE CADERA**

---

M<sup>a</sup> Jesús Martínez Moreno

Trabajo fin de Grado de Enfermería

Curso 2011-2012

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad de Zaragoza

# INDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	5
Metodología.....	5
Presentación Caso Clínico.....	6
• Datos Generales.....	6
• Datos Clínicos.....	6
Valoración según Virginia Henderson.....	7
Plan de Cuidados .....	9-14
• Preoperatorio.....	9
• Intraoperatorio.....	10
• Postoperatorio.....	12
Bibliografía.....	15

## **RESUMEN**

El presente trabajo consiste en la elaboración de un informe de caso clínico en un paciente intervenido de prótesis de cadera en el Bloque Quirúrgico de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet, al que se le aplica la ejecución de un Plan de Cuidados.

### **Objetivos**

Se pretende elaborar un plan de cuidados integral y personalizado en cada una de las fases del proceso quirúrgico.

Identificar los problemas y necesidades de cuidados del paciente

Potenciar la seguridad del paciente y con ello la calidad de los cuidados

### **Metodología**

Para la elaboración del presente plan de cuidados, se realizó la lectura crítica de bibliografía buscada en bases de datos Pubmed (Medline), Cuiden y Cochrane Plus.

Para la realización del plan de cuidados se utilizó el modelo de Virginia Henderson, basado en las necesidades humanas, que van a determinar el grado de independencia/dependencia del individuo y Taxonomía Diagnóstica NANDA-NOC-NIC

### **Desarrollo caso clínico**

De los datos obtenidos en la valoración, el juicio clínico obtenido y la técnica quirúrgica se derivan varios diagnósticos de Enfermería posibles y de riesgo. El más frecuente es Ansiedad, relacionado con la percepción de amenaza en el estado de salud. En cuanto a los diagnósticos enfermeros de riesgo, se proponen como posibles, el Riesgo de infección y Riesgo de lesión peroperatoria. Como complicaciones potenciales el Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal y como problemas de colaboración, el Dolor

### **Conclusiones**

Tras la consulta de la bibliografía reseñada y la experiencia profesional, se concluye que el presente Plan de Cuidados de Enfermería para artroplastia de cadera, cumple con los objetivos expuestos en un apartado anterior, pudiendo ser una herramienta muy valiosa en la planificación de la atención al paciente.

**Palabras clave:** Plan de cuidados, artroplastia de cadera, metodología enfermera.

## INTRODUCCIÓN

La artrosis de la cadera o coxartrosis es el resultado final de varias enfermedades que llevan a un deterioro de la articulación coxofemoral con degeneración del cartílago articular, neoformación ósea en los rebordes articulares, estrechamiento del espacio articular, esclerosis en las zonas de presión, y quistes óseos en la cabeza del fémur y el acetábulo. La coxartrosis es muy frecuente, afecta al 2-4% de la población de más de 40 años, sin predominio en cuanto al sexo, y es responsable de dolores y discapacidad para la marcha (1). El diagnóstico es básicamente clínico se caracteriza por dolor (2), claudicación y limitación de los movimientos de la articulación, lo que presupone una disminución de la calidad de vida de estos pacientes.

La artroplastia de cadera es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en las unidades de Hospitalización de Traumatológica. Esta cirugía se lleva a cabo para reemplazar total o parcialmente la articulación de la cadera con un dispositivo artificial (3)

La artroplastia total de cadera es, en muchos casos, el tratamiento definitivo de la coxartrosis avanzada, de las fracturas y de enfermedades inflamatorias, su objetivo básico es reducir la incapacidad funcional derivada del dolor y de la limitación de movilidad, mejorando la calidad de vida de los afectados(4)(5)(6). En caso de artrosis moderada, sobre todo en pacientes menores de 40 años, la cirugía de elección es conservadora (artroscopia)(7)

Otras razones para reemplazar la articulación coxofemoral son:

- Fracturas en el fémur. Las fracturas de cadera constituyen en la actualidad un problema importante a tener en cuenta debido al envejecimiento de la población, ya que es una patología frecuente en el paciente mayor y constituye una de las indicaciones más habituales de cirugía en el anciano (8)(9)
- Tumores de la articulación coxofemoral.(10)

La enfermería tiene un papel importante en la preparación, atención y apoyo del paciente durante todo el proceso quirúrgico (11). La evaluación integral y la planificación efectiva de pre, intra y post-operatorio facilita la atención centrada en el paciente y una recuperación óptima.(12) (13) (14)

Los profesionales de Enfermería tenemos como metodología de trabajo el Proceso Enfermero, método dinámico y sistematizado que facilita la resolución de problemas, dirigiendo las intervenciones a la consecución de unos resultados concretos (15)(16)

## **OBJETIVOS**

### **General**

- Elaborar un plan de cuidados integral y personalizado en cada una de las fases del proceso quirúrgico donde el paciente va a ser atendido: Acogida, Quirófano y Unidad de Reanimación Post-anestésica (URPA)

### **Específicos:**

- Identificar los problemas y necesidades de cuidados del paciente desarrollando actividades encaminadas a la prevención y detección precoz de las posibles complicaciones.
- Potenciar la seguridad del paciente y con ello la calidad de los cuidados, no solo desde el enfoque biomédico, si no desde una perspectiva psíquica y emocional, ya que la cirugía y el acto anestésico se encuentran entre los acontecimientos más estresantes para los seres humanos.

## **METODOLOGÍA**

Para la elaboración del presente plan de cuidados, se realizó la lectura crítica de bibliografía buscada en las bases de datos Pubmed (Medline), Cuiden y Cochrane Plus, así como usando búsqueda libre en motores de búsqueda en Internet.

Los descriptores usados en la búsqueda son: Plan de cuidados, artroplastia de cadera, metodología enfermera.

Para realizar la valoración se utilizó el modelo de Virginia Henderson, basado en las necesidades humanas, que van a determinar el grado de independencia/dependencia del individuo (17).

La identificación de los problemas de salud se realizó interrelacionando los datos de dependencia observados en la valoración de las 14 necesidades.

La nomenclatura que se utilizó para determinar los problemas identificados, al finalizar la fase de valoración, es la de la Taxonomía Diagnóstica NANDA-NOC-NIC (18)(19)(20)(21)

## **EXPOSICIÓN DEL CASO**

### **Recogida de datos**

Datos obtenidos a partir de la revisión de la historia clínica, historia enfermera, exploración física inicial, entrevista realizada al paciente y la observación.

### **Datos generales**

Nombre y apellidos: B. M.C.

Sexo: Varón

Fecha de nacimiento: 13/02/1938

Edad: 74 años

Persona con la que vive: Su mujer

Profesión: Jubilado (Carpintero)

Persona a quien se le informa: El propio paciente

### **Datos clínicos**

- Alergias: No conocidas
- Hábitos tóxicos: No consume tabaco, alcohol esporádicamente
- Medicación habitual: anti HTA, Estatinas, AINES y Protector gástrico si dolor
- Dieta: Con poca sal y baja en grasas
- Antecedentes patológicos: HTA y Colesterolemia
- Intervenciones quirúrgicas previas: No tiene
- Fecha de ingreso: 20/03/2012
- Motivo de ingreso: paciente que ingresa para intervención quirúrgica programada por coxartrosis de cadera izqda.
- Unidad: U. artroplastia
- Diagnostico médico: Coxartrosis de cadera izqda.
- Fecha de la intervención: 21/03/2012
- Tipo de cirugía: Programada
- Procedimiento quirúrgico: Prótesis total de cadera izqda.

### **Valoración física inicial**

- TA: 132/81
- Fc: 68 ppm
- Respiración: 18 rpm
- Tª: 36.4 °C
- Peso: 74,4 Talla: 1,70
- Parámetros de laboratorio (hematocrito, plaquetas, urea, glucemia...) en orden.
- Pruebas complementarias: Rx tórax, ECG.

## **Historia enfermera**

Paciente que ingresa de forma programada el día 20 de Marzo de 2012 por la tarde, para ser intervenido de una prótesis total de cadera. El paciente refiere dolor y muestra dificultad para moverse.

Días antes de la operación se le realiza el preoperatorio, analítica, radiografía de tórax, electrocardiograma. Valoración de anestesia realizada en consulta con anterioridad.

### **VALORACIÓN SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

#### **1.- Necesidad de respirar**

Exfumador de 10 cigarrillos al día. A su ingreso vías respiratorias permeables, ritmo y profundidad normal. Eupneico. Rx de tórax sin alteraciones. La saturación de O<sub>2</sub> es de 97%.

#### **2.- Necesidad de nutrición e hidratación**

Sigue una dieta equilibrada en la que incluye todos los grupos alimenticios. Bebe de 1 a 1,5 litros de agua al día. No presenta dificultad en la masticación ni en la deglución. No intolerancias alimenticias. Portador de prótesis dental superior fija. A su ingreso pesa 74,4 kg y mide 170 cm.

#### **3.- Necesidad de eliminación**

Patrón de eliminación urinaria: 5-6 veces/día.

Patrón de eliminación fecal: diario, con heces normales y sin dolor.

#### **4.- Necesidad de movimiento**

En cama tiene dificultad para moverse y no puede acostarse del lado Izquierdo debido al dolor en la cadera. Acostumbra a dar paseos con su esposa, últimamente menos por su patología.

#### **5.- Necesidad de descanso y sueño**

Sueño reparador, suele dormir 7 horas diarias despertándose descansado y relajado, a veces, duerme siesta de 20 minutos.

Desde su ingreso le cuesta conciliar el sueño, se despierta angustiado pensando en la operación.

#### **6.- Necesidad de vestirse/desvestirse.**

Independiente. Utiliza ropa cómoda acorde a las actividades que realiza. Dificultad para ponerse los zapatos.

7.-Necesidad de termorregulación.

Temperatura 36,6º El paciente es consciente de su temperatura corporal, percibe correctamente si siente frío o calor, solicitando que se le ponga o quite ropa según requiera.

Durante el periodo intraoperatorio y postoperatorio se le coloca una manta de aire caliente que mantiene durante toda la intervención.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.

Ausencia de pelo. Piel seca y escamosa. Uñas cortas y limpias. Se lava todos los días y se ducha una o dos veces a la semana. Higiene dental, 2 veces al día.

En la Acogida se procede a canalizar una vía periférica en mano izquierda de calibre nº 18.

9.- Necesidad de evitar peligros.

Consciente y orientado. Muy colaborador. Atiende a todo lo que se le explica y, a pesar de estar angustiado con la intervención, adopta una actitud colaboradora. Utiliza gafas para ver de cerca. No conoce ninguna alergia

10.- Necesidad de comunicarse

Funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos. Se define como una persona extrovertida, se comunica con facilidad. Su principal persona de apoyo es su esposa

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Católico no practicante

12.- Necesidad de trabajo y realización

Jubilado desde los 65 años. Refiere haberse habituado muy bien a su situación actual: "Ahora tengo todo el tiempo para hacer lo que me apetece..." Los fines de semana se dedica a cultivar sus tierras que tiene a las afueras de Zaragoza. Ahora está preocupado porque no sabe si podrá seguir haciéndolo.

13.-Necesidad.de jugar/participar en actividades recreativas. Desde su jubilación la actividad diaria consiste en ayudar a su mujer con las tareas del hogar, ver la TV y escuchar la radio. A menudo, acude a un club donde se reúne con sus amigos para jugar al dominó, las cartas... y comentar los partidos de fútbol.

14- Necesidad de aprendizaje

Muestra interés por todo lo que le está ocurriendo y pregunta constantemente.



De los datos obtenidos en la valoración y el juicio clínico obtenido, se derivan varios diagnósticos de Enfermería posibles y de riesgo, así como algunas complicaciones potenciales.

Los diagnósticos enfermeros dependen en gran medida de la valoración y la técnica quirúrgica prevista. El más frecuente es Ansiedad, relacionado con la percepción de amenaza en el estado de salud. En cuanto a los diagnósticos enfermeros de riesgo, se proponen como posibles, el Riesgo de infección y Riesgo de lesión perioperatoria. Como complicaciones potenciales derivadas de la anestesia o de la herida quirúrgica, el Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal y como problemas de colaboración, el Dolor. Se elabora el plan de cuidados en función de estos diagnósticos.

## **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO. ACOGIDA**

El paciente llega al bloque quirúrgico a las 8:30, se le recibe en la sala de Acogida, se comprueba su identidad y se revisa la historia para comprobar que tiene el preoperatorio completo y consentimientos informados debidamente firmados. Se comprueba que está en ayunas y se le canaliza una vía venosa para ponerle profilaxis antibiótica

Se registran actuaciones y técnicas realizadas. Pasa a Quirófano.

### **Diagnóstico identificado en Acogida**

**ANSIEDAD** 00146. Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

#### **Objetivos NOC e indicadores:**

1. Nivel de ansiedad 1211. Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.

*Indicadores:*

Aumento de la presión sanguínea

Trastorno de los patrones del sueño

2. Nivel de miedo 1210. Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.

*Indicadores:*

Inquietud

Sudoración

## **Intervenciones NIC y Actividades**

1. Disminución de la ansiedad 5820. Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente identificada por adelantado.

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan ansiedad.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

2. Apoyo emocional 5270. Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimiento de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

## **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL INTRAOPERATORIO-QUIRÓFANO**

Al llegar al quirófano se recibe al paciente identificándose, comprobando su identidad, informándole de lo que se le va a realizar en todo momento, respondiendo a sus preguntas para resolver sus dudas, detectando sus necesidades y preservando su intimidad en todo momento.

Se colabora con el resto del equipo quirúrgico en la colocación adecuada del paciente para el desarrollo de la técnica anestésica y posteriormente la técnica quirúrgica

Se registran todos los datos en la hoja de circulante.

Al finalizar la intervención se acompaña al paciente al área postquirúrgica.

### **Diagnósticos Identificados en quirófano**

**RIESGO DE INFECCIÓN** 00004. Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos r/c alteración de las defensas primarias por rotura de la piel, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.

**Objetivos NOC e indicadores:**

Conocimiento: control de la infección 001842. Grado de conocimiento transmitido sobre la infección, su tratamiento y prevención de complicaciones

**Indicadores:**

Actividades para aumentar la resistencia a la infección

Procedimientos de control de la infección

Signos y síntomas de la infección

**Intervenciones NIC y Actividades**

1. Control de infecciones 6545.

Prevención de la infección nosocomial en el quirófano.

**Actividades:**

- Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos, si procede.
- Asegurarse de que el personal de cirugía viste el equipo apropiado.
- Verificar la integridad del embalaje estéril.
- Verificar los indicadores de esterilización
- Cepillado de manos y uñas, bata y guantes, según normas de asepsia
- Limitar y controlar las entradas y salidas del personal de quirófano

2. Cuidados del sitio de la incisión 3440. Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.

**Actividades:**

- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Limpiar la zona que rodea a la incisión con una solución antiséptica apropiada.
- Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.
- Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la herida quirúrgica, incluyendo signos y síntomas de infección.

**RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL 00005.**

Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales r/c la inactividad, medicamentos.

**Objetivos NOC e indicadores:**

Termorregulación 0800. Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor

**Indicadores:**

Hipotermia

## **Intervenciones NIC y Actividades**

1.-Monitorización de signos vitales

2.-Regulación de la temperatura intraoperatoria

Actividades:

- Evitar la exposición innecesaria del paciente.
- Mantener el quirófano a una temperatura entre los 18º y los 22º
- Reconocer los signos precoces de hipotermia (piel fría, palidez, blanqueo o enrojecimiento).
- Cubrir al paciente con alguna manta, chaleco de protección, etc.
- Administrar los líquidos y la sangre calentándola previamente con el calentador eléctrico que existe en el quirófano para tal fin.
- Vigilar la temperatura hasta que se haya estabilizado.

## **RIESGO DE LESIÓN POSTURAL PERIOPERATORIA 00087**

Riesgo de cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo

### **Objetivos NOC e indicadores:**

1.-Nivel de movilidad 0208

2.-Estado neurológico: función sensitiva/motora medular 000914

*Indicadores:*

Sensibilidad cutánea corporal

## **Intervenciones NIC y Actividades**

Cambio de posición: intraoperatorio (0842)

Actividades:

- Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente
- Comprobar el estado neurológico y de la circulación periférica
- Bloquear las ruedas de la camilla y de la mesa de cirugía
- Coordinar la transferencia y la colocación con el estado de la anestesia o el nivel de conciencia
- Proteger las vías i.v, los catéteres y los circuitos de respiración
- Comprobar la integridad de la piel
- Proteger los ojos, si procede
- Colocar material acolchado en las prominencias óseas
- Utilizar dispositivos de ayuda para apoyar la cabeza y las extremidades
- Vigilar la posición del paciente durante la operación

## **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URPA (POSTOPERATORIO)**

En la sala de URPA o de recuperación postanestésica la enfermera realiza la valoración del paciente: dificultad para respirar, coloración de la piel y mucosas, presencia de vías venosas o arteriales, sueroterapia administrada, revisión de drenajes y sondas, higiene adecuada, grado de vigilia, nivel de consciencia, movilidad....

Controla el dolor y administra analgesia pautada por el anestesista.

Registra todos los parámetros, actuaciones y técnicas realizadas cada 15 minutos.

Verifica las condiciones necesarias para ser dado de alta y prepara el traslado del paciente con toda la documentación a la unidad de destino.

### **Diagnósticos identificados**

**DOLOR.**-Dolor r/c agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos) m/p informe verbal y gestos de protección.

### **Objetivos NOC e indicadores:**

1. Control del dolor 1605. Acciones personales para controlar el dolor.

#### *Indicadores*

Reconoce el comienzo del dolor

Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario

Reconoce síntomas asociados del dolor

2. Respuesta psicológica adversa 1306. Gravedad de las respuestas cognitivas y emocionales adversas observadas o referidas al dolor físico.

#### *Indicadores*

Nivel de angustia por el dolor

Preocupación sobre la tolerancia al dolor

Ansiedad

### **Intervenciones NIC y Actividades**

1. Manejo del dolor 1400. Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

#### *Actividades*

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.

- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.
- Se intentará que en el momento del alta, el paciente salga con un nivel 0 en la escala EVA.

**DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA:** R/C: Malestar y dolor.

M/P: Limitaciones de movimientos, dificultad para girarse en la cama y para realizar las actividades de la vida diaria.

### **Resultados NOC e indicadores:**

1.-Nivel de movilidad 0208.

*Indicadores*

Mantenimiento de la posición corporal.

2.-Conocimiento: actividad prescrita 1811.

*Indicadores*

Descripción de la actividad prescrita.

### **Intervenciones NIC y Actividades**

1.-Manejo del dolor 1400. Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad.
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, tiempo que dura y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos)
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

2.-Enseñanza actividad/ejercicio prescrito 5612. Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.

- Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal, si procede.

### **Evaluación**

La ansiedad que el paciente presentaba, aunque moderada, se ha visto reducida gracias a la actuación realizada en la sala de acogida prestando atención al paciente, permaneciendo con él, promoviendo su seguridad,

preguntándole y escuchándole activamente, informándole acerca de los procedimientos que se le van a practicar.

El riesgo de infección ha sido controlado en todo momento al efectuar los diferentes procedimientos con las normas de asepsia adecuadas. En cualquier caso será necesaria la evaluación de este riesgo más adelante.

Con el dolor, se ha podido comprobar que si el paciente es muy nervioso, además de las técnicas de analgesia (paracetamol, enantyum...) también es muy importante permanecer con él, ya que influye mucho el aspecto psicológico.

El riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal ha sido prevenido mediante la observación del paciente y su constante atención, así como con el uso de mantas e instrumentos para mantener la temperatura corporal.

Al finalizar nuestra valoración el estado del paciente es bueno, indica que se encuentra bien, que está tranquilo y no refiere dolor, el estado de la piel es correcto y la herida quirúrgica no presenta ninguna incidencia. La evaluación es totalmente positiva.

### **Conclusión**

La sustitución protésica de la cadera ha transformado la vida de muchos pacientes, dándoles la oportunidad de ser nuevamente activos con menos dolor.

Tras la consulta de la bibliografía reseñada y la experiencia profesional, se concluye que el presente Plan de Cuidados de Enfermería para artroplastia de cadera, cumple con los objetivos expuestos anteriormente, pudiendo ser una herramienta muy valiosa en la planificación de la atención al paciente, en el desarrollo de dicha atención y en una posterior evaluación del propio plan de cuidados. La consecución de los objetivos planteados, implica una mejor y más rápida recuperación del paciente, evitando que posibles riesgos se conviertan en problemas reales en su paso por el bloque quirúrgico.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Conrozier T. Diagnóstico y tratamiento de la coxartrosis - Tratado de Medicina Volume 14, Issue 1, 2010, Pages 1-6. ...
- 2.- Joelsson M, Olsson LE, Jakobsson E. Patients' experience of pain and pain relief following hip replacement surgery. J Clin Nurs. 2010 Oct; 19(19-20):2832-8.
- 3.-Ten A, Campos E, Casañ A, Gonzalez E. Cuidados de enfermería en pacientes intervenidos de artroplastia de cadera en el CHGUV. Enfermería integral [en línea] 2007 Diciembre [fecha de acceso 19 de febrero 2011]; (80): 37-40. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/80/articulos-cientificos/10.pdf>
- 4.- Navarro, M J; Peiro, S; Ruíz, L; Paya, A; Hervas, M T; López, P Calidad de vida tras artroplastia de cadera. Rehabilitación (Madr). 2001; 35:263-9. - vol.35 núm 05
5. - Walker J. Care of patients undergoing joint replacement. Nurs Older People. 2012 Feb; 24(1):14-20.
- 6.- Serra-Sutton V, Allepuz A, Martínez O, Espallargues M. Calidad de vida en pacientes operados de artroplastia total de rodilla y cadera en Cataluña. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
- 7.- J Girard, O May, N Krantz...Tratamiento quirúrgico de la coxartrosis - EMC-Aparato Locomotor, 2011 – Elsevier
- 8.-. Mariblanca C. Plan de cuidados de fractura de cadera. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) 4 (1): 44-85, 2012 ISSN: 1989-5305
- 9.- Kammerlander C, Gosch M, Kammerlander-Knauer U, Luger TJ, Blauth M, Roth T. Long-term functional outcome in geriatric hip fracture patients. Arch Orthop Trauma Surg. 2011 Oct;131(10):1435-44.
- 10.- Giménez S, Gimeno A, Panero P, Casals JL Guía de buena práctica clínica. Recomendaciones de buena práctica clínica en artrosis. Semergen. 2008; 34:143-8.
- 11.- Montin L, Suominen T, Haaranen E, Katajisto J, Lepistö J, Leino-Kilpi H. The changes in health-related quality of life and related factors during the process of total hip arthroplasty. Int J Nurs Pract. 2011 Feb; 17 (1):19-26.
12. - Konieczny P, Piechowicz J, Kotela I. Nurse care standard of sick people after endoarthoplasty of hip. Przegl Lek. 2010;67(5):389-93.



- 13.- Bellido J C; Pereira F; Cruz J. Planificación de cuidados en el paciente quirúrgico. *Inquietudes* | 2007 ene-jun | XIII(36):4-16
- 14.-Ene KW , Nordberg G , I Bergh , Johansson FG , B Sjöström  
Tratamiento del dolor postoperatorio - la influencia de las enfermeras quirúrgicas. *J Clin Nursing*. 2008 Aug; 17 (15) :2042-50.
- 15.- Gómez M C. Proceso enfermero en el área quirúrgica. *Evidentia* | 2010 ene-mar | 7(29)
- 16.-Falcó A; Rodríguez C; Estrada J M La enfermera en el área quirúrgica. Prevención de complicaciones e implementación de intervenciones. *Rev ROL Enferm* | 2011 | 34(12):32-39
- 17.-Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. EL pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Ed. Barcelona: Masson, 2005.
- 18.- McCloskey J, Dochterman, G, Bulechek M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- 19.- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009
- 20.- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
- 21.-NANDA International, Diagnósticos enfermeros: Definición y Clasificación, 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.